



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

Problemas e dilemas éticos no estudante de medicina nos cuidados de saúde

Beatriz Calhau Parreira

Junho'2018



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

Problemas e dilemas éticos no estudante de medicina nos cuidados de saúde

Beatriz Calhau Parreira

Orientado por:

Doutor Luís António Proença Duarte Madeira

Junho'2018

Resumo

Os dilemas e problemas éticos relativos aos cuidados de saúde, são algo que os estudantes de medicina encontram frequentemente durante a sua formação. Os alunos nem sempre são preparados para saberem gerir essas situações da melhor forma, uma vez que o currículo em ética médica, por vezes, focaliza-se apenas em questões relacionadas com médicos nas suas profissões, esquecendo-se deste momento de contato aluno-doente / aluno-profissional de saúde / aluno-aluno. De fato, os alunos desempenham um papel particular, e por vezes mal definido, numa equipa médica. É, por isso, importante definir quais os problemas e dilemas éticos que os estudantes de medicina encontram durante a sua formação, no âmbito dos cuidados de saúde, e qual o papel exercido pelo contexto moral do ensino. São, por vezes, contraditórias as mensagens veiculadas, pois o clima moral, juntamente com os educadores (figuras de referência), definem a tónica do ambiente de formação e da cultura de enfermagem onde os alunos se inserem.

Vários autores debruçaram-se sobre esta problemática tão frequente e tão relevante na vida dos estudantes e sugeriram formas de intervir no problema, a fim de os capacitar. Esta é uma revisão seletiva da literatura que divide as soluções em três grandes grupos: sugestões de alteração do currículo de ética e deontologia médica, modificações do papel do educador e estratégias ao nível institucional. O nível de evidência destas alterações não é ainda o necessário para defender a sua implementação em toda e qualquer situação, mas levanta a necessidade de uma discussão aberta com a participação de todos os intervenientes do problema.

Palavras-chave: estudantes de medicina; ética; problemas éticos; dilemas éticos; speak up;

O trabalho final exprime a opinião do autor e não da FML.

Abstract

Ethical dilemmas and ethical issues in the context of health care are frequently found by medical students during their academic education. Medical students are not always prepared to know how to deal correctly with these situations, because ethics curricula, sometimes focuses only on questions related to the medical profession,

forgetting that this is a moment of contact between student-professor/ student-patient/ student-student. In fact, students play a particular role, and sometimes poorly defined, in a medical team. Therefore it's important to define what ethical problems and dilemmas students face in patient care during their education, and what is the role played by the moral context during student's training. Sometimes there are conflicting messages being conveyed, because the moral climate, together with educators (role models), define the tone of the environment that is present during student's education.

Many authors have dedicated some time to these relevant and common problematic in student's life, and have suggested ways to intervene in it, by capacitating medical students. This is a selective review of the literature that divides the solutions in three great categories: suggestions of changes in ethics and medical deontology curricula, changes in the role of educators, institutional strategies. The level of evidence of these solutions is still not enough to defend the implementation of these in every situation, but it raises the need to have an open discussion with everyone involved in this problem.

Key-words: medical students; ethics; ethical issues; ethical dilemmas; speak up

The final work expresses the author's opinion, and not the opinion of FML.

Índice

Introdução.....	5
Definições.....	7
Problemas e dilemas éticos dos estudantes de medicina.....	7
Clima moral do ensino	10
Como resolver o problema?	11
Conclusão	14
Agradecimentos	15
Bibliografia.....	16

Introdução

A profissão médica traz consigo vários princípios éticos pelos quais os profissionais se devem reger ^[1] e, tal como acontece em tantas outras profissões, podem existir situações em que estes princípios se contradizem. Durante a formação básica de um médico, os alunos são preparados para conhecer estes princípios e para saberem lidar com situações que acarretam problemas éticos no seu futuro enquanto médicos ^[2, 3]. Será importante ter claro que os estudantes devem estar capacitados não só para os problemas que um médico encontra no contexto da sua prática, mas também que ele mesmo, o aluno, encontra na sua formação ^[3, 4]. Neste sentido, o currículo em bioética não deverá centrar-se apenas nos problemas e dilemas éticos da prática médica, mas também incluir questões bioéticas específicas da formação médica, estas que ocorrem frequentemente no seu quotidiano ^[3, 5].

Os estudantes de medicina e os médicos diferem tanto na sua posição social, tal como no nível de conhecimentos e responsabilidades, entre outros ^[4]. Todas essas diferenças contribuem para que os dilemas e problemas éticos do estudante de medicina difiram daqueles que são os problemas éticos dos médicos ^[3]. Os médicos apresentam como dilemas e problemas éticos situações como o tratamento de doentes com a capacidade de decisão comprometida ou duvidosa, limitações do tratamento de um paciente em final de vida ou ordens de não ressuscitação ou situações de discordância do paciente relativamente à terapêutica, por motivos que não religiosos ou culturais^[6-8]. Estas situações refletem a responsabilidade do médico pelas decisões tomadas a respeito da saúde e bem-estar do doente. Por outro lado, os problemas éticos dos estudantes aparentam centrar-se na dinâmica existente entre a intensão curativa e a intensão formativa, bem como na relação com os restantes elementos da equipa ^[3]. No contexto clínico, o aluno tem o dever de promover o bem-estar do paciente, tal como qualquer elemento da equipa médica, no entanto carece de autoridade e autonomia nas suas ações, além de ter que corresponder a uma certa exigência formativa exercida pelos seus docentes ^[3, 9, 10]. Esta posição pode colocar o estudante de medicina numa situação mais vulnerável, nomeadamente quando existe uma situação que considera não ética e sente que tem o dever de agir para a evitar, mas simultaneamente sente-se constrangido pelas limitações anteriormente referidas ^[11, 12].

Este trabalho tem como objetivo, identificar e detalhar quais os dilemas e problemas éticos que os estudantes de medicina encontram durante a sua formação, no

contexto dos cuidados de saúde, qual a influência que o contexto da formação exerce na perpetuação dos mesmos e de que forma se pode intervir para capacitar os alunos a melhor atuarem.

Definições

O termo “dilema ético” foi definido, em 1984, por Kitchener, como: um problema para o qual nenhum tipo de ação parece ser satisfatório ^[13]. O dilema existe porque existem motivos éticos que, apesar de válidos, são contraditórios e levam a cursos de ação incompatíveis ^[13].

Um “problema ético” encontra-se presente quando as ações de um indivíduo, quando livres e voluntárias, podem prejudicar ou beneficiar outros ^[14].

Grande parte dos textos da bioética sugerem que os dilemas e problemas éticos envolvem invariavelmente um conflito, compreendendo a escolha entre alternativas igualmente desejáveis e indesejáveis ^[15].

Problemas e dilemas éticos dos estudantes de medicina

Na pesquisa desta revisão bibliográfica surgiram vários artigos que abrangiam uma grande multiplicidade de aspetos do ensino, no entanto na escolha foram privilegiados os artigos respetivos aos dilemas e problemas éticos do aluno no contexto dos cuidados de saúde. O artigo escolhido como modelo de divisão teórica foi o artigo de Christakis e Feudtner, de 1993, que acabou por ser aquele, cuja divisão mais se adequa sob o ponto de vista dos cuidados de saúde. Este artigo tem como base, testemunhos de estudantes de medicina referentes a problemas éticos vividos pelos próprios ao longo da sua formação.

Christakis e Feudtner sugeriram cinco grandes áreas problemáticas que os estudantes referiram confrontar repetidamente. Cada uma destas áreas toca numa multiplicidade de problemas que, por vezes, se sobrepõem e podem estar incluídos em diferentes categorias. As cinco áreas problemáticas são, (1) realização de procedimentos em pacientes; (2) Integração na equipa médica; (3) desafiar a rotina médica; (4) conhecer o paciente como pessoa; (5) testemunhar situações não éticas^[3]. Alguns destes problemas e dilemas éticos são também partilhados por outros estudos com uma diferente divisão teórica. É o caso do estudo de Hicks, que organizou os problemas éticos dos estudantes em 3 categorias: conflito entre as prioridades da educação médica e dos cuidados dos pacientes, responsabilidade que ultrapassam as capacidades dos estudantes e envolvimento em situações de cuidado inadequado ao doente ^[5].

Christakis e Feudtner, sugeriram que muitos dos dilemas que os alunos encontram durante a sua formação implicam uma interação entre 3 objetivos: aprender medicina, ser integrado na equipa e preocupação com o paciente (bem-estar e segurança) ^[3]. Iremos proceder à descrição detalhada de cada problema ético listado anteriormente:

1. Realização de procedimentos em doentes

A realização de procedimentos por parte dos alunos pode, por vezes, tornar-se numa situação problemática. Muitas vezes, esta envolve priorizar a oportunidade de aprendizagem e de treino em detrimento do bem-estar do doente, mesmo que o procedimento não tenha interesse do ponto de vista clínico para o doente e provoque, até, desconforto sobre o mesmo ^[5, 10, 12]. Muitas vezes, é o próprio docente a pressionar o aluno para agir desta forma^[16]. Outra situação citada, é a realização de procedimentos ou exames necessários a um doente, com desconforto para o mesmo. O aluno, perante o insucesso da manobra, não sabe até quando deve prolongar o desconforto do doente para obter o sucesso, e até que ponto estará este a beneficiar dessa insistência ^[16–18]. Existem vários fatores que pesam na tomada desta decisão pelo aluno, como o medo de ser criticado pelo insucesso, tanto por docentes como por colegas, ou até nas repercussões que essa situação possa ter na sua avaliação^[3, 4].

Outra questão que também se levanta na realização de procedimentos por alunos é o direito do paciente recusar o tratamento. Todos os procedimentos devem constar de um consentimento informado válido do doente, o que nem sempre acontece. Um consentimento informado válido é, por definição, um consentimento contínuo que é dado de forma voluntária e livre por um paciente devidamente informado e capaz de consentir, sem qualquer influência exercida por outros ^[17]. Quando os alunos realizam procedimentos ou exames-físicos não essenciais, o paciente deve perceber que o objetivo do mesmo é beneficiar o treino dos estudantes e só então, pode ou não consentir, devendo, os alunos, representar as suas competências com o máximo de precisão ^[11, 17].

2. Integração na equipa médica

O desejo de se sentir integrado numa equipa médica é algo muito frequente nos alunos de medicina e para muitos constitui um objetivo fundamental ^[3]. Este objetivo, por vezes, é tão premente, que faz do aluno um elemento subserviente e diligente da equipa médica ^[4]. A dinâmica de uma equipa de cuidados de saúde favorece essa posição por parte do aluno, por ser dominada por uma estrutura médica hierárquica, na qual o estudante desempenha um papel pouco definido, o que pode levar a compromissos éticos^[3, 4]. Esta

posição que ocupam favorece a que lhes sejam dadas algumas responsabilidades que, por vezes, excedem as suas competências, o que normalmente tem consequências negativas nos cuidados de saúde prestados ao doente ^[3, 5]. Simultaneamente, o facto de os alunos se sentirem intimidados pelos seus superiores hierárquicos, leva a que se sintam pressionados a compactuar com certos atos destes e de toda a equipa ^[16]. Um dos casos referidos ocorre quando um médico pede a um aluno que recolha uma assinatura para um consentimento informado ^[10, 12]. Os alunos não se sentem devidamente familiarizados com os procedimentos que estão a ser propostos ao paciente e não estão capacitados para esta tarefa, podendo resultar numa escolha desinformada ^[12]. Os estudantes, frequentemente sem crítica para estas situações, podem ver esta situação como uma oportunidade de ser um elemento útil para a equipa e poupar essa função à do médico, e assim se sentirem integrados na equipa.

3. Desafiar a rotina médica

A autoridade da hierarquia médica é legitimada pelo conhecimento e experiência dos seus constituintes e isso faz com que o estudante constitua o elemento com menor relevância no panorama de uma equipa ^[3, 4, 18]. Qualquer decisão relativa ao doente, mesmo que tenha implicações éticas ou médicas, é tomada pelos elementos do topo da hierarquia e ao estudante é esperado acatar as decisões, sem que haja abertura para um diálogo ^[4]. Existe, com isto, uma perpetuação da reverência sem crítica, na qual as decisões dos superiores são soberanas, mesmo que incorretas ao olhar da bioética ^[3]. Esta situação provoca no estudante uma vontade de agir e de participar na decisão, contudo, simultaneamente pode sentir que não possui legitimidade para tal ^[3].

4. Conhecer o paciente como pessoa

Este problema ético faz menção ao facto dos doentes por vezes, sentirem maior proximidade com o aluno do que com a restante equipa, pelo facto de este, por vezes, despender mais tempo com o mesmo. Como resultado, o aluno acaba por conhecer melhor o doente e as suas preocupações, tendo um retrato psicossocial deste mais próximo da realidade ^[3]. Por conhecerem melhor os doentes podem considerar que têm uma responsabilidade extra pelos mesmos, em vista a respeitar a sua vontade e o seu melhor interesse, tornando-se difícil manter o profissionalismo pela relação mais próxima que mantém com o doente^[3].

5. Testemunhar situações não éticas

Frequentemente, estudantes testemunham e, ocasionalmente, participam em situações que consideram não éticas, que colocam em causa a segurança e a dignidade do paciente, contudo sentem-se impotentes para agir ^[11, 12, 16, 17]. É o caso das situações em que a equipa médica realiza um procedimento ou um tratamento sabendo que está a desrespeitar a vontade do doente. O aluno, frequentemente, sente-se coagido pela equipa a participar, permanecendo a sensação de que foi um cúmplice impotente por ter participado ou testemunhado uma situação não ética, com sofrimento para doente ^[3].

Clima moral do ensino

De forma a encontrar uma intervenção mais adequada aos problemas e dilemas éticos de um estudante, é essencial perceber toda a extensão do problema, que passa por conhecer o contexto em que este ocorre. Sendo a enfermaria maioritariamente o local onde os estudantes de medicina obtêm experiência clínica, é fundamental entender o seu papel como agente influenciador externo do problema. Este é simultaneamente um local que pode estar repleto de sinais contraditórios, vindos de elementos da faculdade, acerca do que constitui um comportamento eticamente aceitável^[9, 10, 19]. Trata-se de uma cultura que desencoraja a denúncia de atos não éticos através de uma cultura hierárquica vincada e, simultaneamente, encoraja a mesma quando defende os direitos do bem-estar do doente ^[9].

O trabalho de Monrouxe e Rees, sugeriu que, muitos alunos são fortemente influenciados pela postura e comportamentos dos seus docentes, acabando por adotar, eles mesmos, as mesmas atitudes e hábitos que, na sua ótica, se tornam aceitáveis, e reforçando assim a imutabilidade da cultura ^[17]. Por vezes, são os próprios elementos hierarquicamente superiores a pressionar o aluno a agir em conformidade com os seus ideais ^[10, 20].

Durante a formação de um médico, os docentes são as figuras de referência (*role models*) dos estudantes de medicina, e esperam que estes, ou qualquer outro elemento associado à faculdade, demonstrem sempre profissionalismo em todas as suas ações ^[21]. Alguns estudos mencionaram atributos que foram independentemente associados à constituição de uma figura de referência pelos alunos: ter tempo suficiente dedicado tanto ao ensino como à realização de visita, enfatizar a importância da relação médico-doente,

ensinar o aspeto psicossocial da medicina, ter previamente desempenhado a função de chefe ^[19, 22].

Monrouxe considera que o sistema de educação médica consiste num processo de socialização, no qual o aluno se torna médico ^[17]. No decurso desta transformação, o aluno tenta ajustar-se ao sistema já existente, mesmo que isso não corresponda aos seus ideais do que constitui um bom médico^[17]. Isto implica, em certas situações, sentir-se forçado a violar a dignidade do doente, pelo seu próprio docente^[17]. Esta visão díspar do aluno e do docente relativamente ao paciente foi o que Rees et al. apelidou de “choque de culturas”, que é o resultado dos estudantes de hoje terem uma formação fortemente centrada no doente, enquanto que muitos dos seus superiores hierárquicos possuem uma visão paternalista da relação médico-doente ^[17].

Vários estudos referem que todas as experiências clínicas dos estudantes constituem um currículo informal (*hidden curriculum*), que pode enfraquecer a sua formação ^[3, 5, 21]. Karnieli-Miller et al. definiram o currículo informal como a forma como o *modus operandi* das instituições de ensino influencia o processo de aprendizagem e de socialização dos rituais e normas da profissão ^[21]. O currículo informal inclui as interações entre estudantes e os seus professores, as interações entre profissionais de saúde e as interações que os estudantes experienciam com os pacientes e os seus familiares ^[21]. Este exerce a sua influência mediante o exemplo dado pelos docentes e através do etos institucional que molda a visão (e a crítica), e assim permitem a aquisição de novos rituais assumidos como normais^[23]. Um dos fatores negativos mais frequentemente citado do currículo informal de ética é exatamente a presença de docentes que constituem maus exemplos ao longo da formação clínica, que podem consistir numa das principais fontes de maus ensinamentos éticos, que são posteriormente transmitidos a várias gerações de médicos ^[3, 5, 21].

Como resolver o problema?

Os problemas éticos que os estudantes deparam podem constituir uma fonte de grande sofrimento e angústia, por essa razão, os alunos encontram-se, de forma geral, bastante interessados na discussão dos mesmos ^[18]. Osborne defende que, se não for dada resposta a estas inquietações dos alunos e não existir a oportunidade de discussão aberta, estes podem vir a adotar respostas limitadas e estereotipadas perante os problemas éticos que

encontrem mais tarde, como clínicos ^[18]. Se estas situações podem ter impacto tanto no bem-estar do doente como nos alunos, é natural questionar-se acerca do que é possível fazer para evitar as consequências. Vários estudos, ainda que de forma pouco consistente e sustentada, sugeriram várias formas de intervenção, todas elas com base na opinião dos autores e a maioria sem resultados práticos consistentes.

1. Sugestões de alterações no currículo de ética e deontologia médica

Monrouxe referiu que, de forma a reduzir qualquer resíduo emocional negativo e promover uma mudança cultural, o currículo formal deve encorajar e capacitar os alunos a lidar com situações difíceis e a denunciar episódios de lapso de profissionalismo ^[17]. Christakis and Feudtner, foram mais longe e sugeriram que o currículo da cadeira de ética deve focar alguns temas pelos quais os alunos são confrontados: como exprimir desagrado de forma prudente para com alguém hierarquicamente superior; como participar de forma ética em cuidados de saúde em equipa; como pesar as necessidades educacionais em oposição aos direitos do doente; como manter uma autoidentidade ética ^[3]. Esta seria uma alteração que abrangeria praticamente todos os problemas éticos dos alunos.

Bentwich e Bokek-Cohen defendem, por outro lado, que a melhor forma de ensinar ética médica aos estudantes é através da discussão de casos clínicos e situações reais, em pequenos grupos de alunos, e assim adquirir algumas estratégias de como atuar ^[24].

2. Estratégias a nível institucional

As instituições de ensino devem educar e não apenas treinar para um trabalho, e assim contribuir para a formação da personalidade em oposição à criação de profissionais sem crítica ^[25]. Muitas faculdades desconhecem as situações de conduta médica eticamente problemáticas que são testemunhadas pelos alunos ^[10]. Caldicott e Faber-Langendoen insistem, portanto, na necessidade da examinação do clima moral da prática clínica ^[10]. É necessário o envolvimento não só dos educadores, como da faculdade, podendo o testemunho dos alunos constituir um instrumento fundamental de aprendizagem da própria instituição, trazendo à luz do dia os lapsos e infrações de princípios que ocorrem ^[21, 26]. Deve haver um esforço da faculdade para mostrar aos alunos, que o modelo de comportamento profissional se aplica a todos os elementos na hierarquia médica e que também os docentes, diretores ou outro elemento serão responsabilizados pelos seus atos ^[10]. Os estudantes de medicina beneficiariam com a oportunidade de escrever e discutir abertamente sobre os desafios que encontram, devendo a faculdade, permitir e estimular

a discussão regular sobre os seus problemas éticos ^[9, 10, 27]. Caldicott e Faber-Langendoen referiram que os estudantes de medicina só podem assumir os seus valores morais e deveres para com os pacientes, quando existirem estruturas confidenciais e seguras que permitam a denúncia e garantam a perseguição de infrações éticas, tal como mecanismos de avaliação da prestação das faculdades ^[10, 17].

3. Modificações no papel do educador

A aprendizagem da ética médica pelos estudantes também é feita por intermédio do comportamento e das decisões éticas dos seus docentes na prática clínica ^[28]. É essencial que os docentes mantenham a consciência da sua posição enquanto figuras de referência e estimulem a discussão do fundamento ético por detrás das decisões que tomam ^[28]. Sem mentores clínicos que ensinem o que é o profissionalismo e a ética através do exemplo, é difícil para os estudantes atuarem de forma sensata em situações desafiadoras ^[29]. Nesse sentido, é importante tornar os docentes mais conscientes de como podem encorajar os seus alunos a denunciar e falar sobre situações que testemunhem ^[9, 28]. Perkins defende que as instituições de ensino devem conceder aos educadores tempo adequado, treino e até compensações aos educadores para que estes se tornem efetivos no ensino da ética ^[26]. Outra intervenção seria a modificação do papel do educador, podendo este passar a agir como mentor pessoal do aluno durante a sua formação, principalmente nos anos clínicos, e constituir um exemplo positivo a seguir, evitando assim o declínio de valores éticos nos estudantes ^[30, 31]. Desta forma, os estudantes teriam, não só alguém que poderiam observar e copiar, bem como com quem partilhar as suas histórias pessoais vividas na enfermaria e obter conselhos junto destes ^[32, 30, 33]. Estes educadores poderiam até nem ter qualquer responsabilidade na avaliação destes alunos, de forma a que não se gerasse qualquer conflito de interesses.

As mudanças só são possíveis se existir a participação de todos os intervenientes, estando todos envolvidos num objetivo primordial, o de assegurar o bem-estar no paciente ^[9]. Existem aspetos na medicina que podem ser melhorados para que se consiga o bem-estar do paciente, e não existe nenhuma solução única ou simples para o fazer, mas o exercício da ação ética pode levar-nos na direção certa ^[9].

Conclusão

Os dilemas e problemas éticos são um tema muito relevante e ainda muito presente na vida dos estudantes. Ainda existem muitos aspetos que necessitam de ser modificados, tanto de forma a evitar estas situações, como a preparar os alunos para as mesmas.

Esta revisão fornece uma visão geral relativa aos problemas éticos na formação de um médico e que soluções e estratégias têm sido propostas para a minimização do seu impacto e capacitação do aluno. As sugestões de intervenção podem ir desde a alteração do papel do educador e de uma maior consciencialização do mesmo para o impacto que os seus atos podem ter na formação das novas gerações de médicos, até à modificação do currículo da ética ou à criação de mecanismos seguros de denúncia por parte das instituições. Sublinha-se ainda a importância do envolvimento de todos os intervenientes, estimulando o debate e a discussão aberta, incluindo os alunos como parte da solução.

Os artigos utilizados nesta revisão apresentam soluções baseadas na opinião dos autores, existindo ainda poucos estudos que testem estas mesmas intervenções, não garantindo a adequabilidade e o sucesso da sua implementação. No futuro será necessário investigar a efetividade destas estratégias de intervenção na resposta aos problemas concretos, tal como uma maior atenção e investimento das instituições relativamente a este assunto.

Como observação pessoal, talvez seja necessário que as instituições de ensino questionem de que forma a boa preparação do aluno para os dilemas éticos da sua formação pode levá-lo, a longo prazo, a melhor lidar com os problemas éticos que enfrentará enquanto médico.

Para a leitura deste trabalho é necessário ter em conta as limitações dos estudos utilizado. A maioria foi realizado num só país e frequentemente com dados de uma só instituição de ensino, usando maioritariamente alunos dos últimos anos do curso. Além disso, são estudos com amostras relativamente pequenas e que recorreram à utilização de testemunhos, altamente subjetivos, das experiências de cada aluno.

Uma vez que grande parte dos estudos utiliza as palavras “moral” e “ética” de forma indiferenciada, nesta revisão foram incluídos artigos com ambos os termos.

Agradecimentos

Agradeço à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa pelos anos de formação.

Agradeço ao Professor Doutor Miguel Oliveira da Silva por ser uma referência académica.

Agradeço ao Doutor Luís Madeira pelo apoio e orientação.

Agradeço à minha família pelo amor e apoio incondicional.

Agradeço aos meus amigos, por me terem acompanhado lado a lado nesta caminhada.

Bibliografia

1. Beauchamp, T. and Childress, J. (2008) Principles of Biomedical Ethics. 6th ed., Oxford University Press, New York, NY.
2. Miles, S.H., Lane, L.W., Bickel, J., Walker, R.M. and Cassel, C.K. (1989) Medical ethics education: coming of age. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, **64**, 705–14.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2686674> (26 April 2018).
3. Christakis, D.A. and Feudtner, C. (1993) Ethics in a short white coat: the ethical dilemmas that medical students confront. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, **68**, 249–54.
4. Feudtner, C. and Christakis, D. a (1994) Making the rounds. The ethical development of medical students in the context of clinical rotations. *The Hastings Center report*, **24**, 6–12.
5. Hicks, L.K. (2001) Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *Bmj*, **322**, 709–710.
6. Hurst, S.A., Perrier, A., Pegoraro, R., Reiter-Theil, S., Forde, R., Slowther, A.M., et al. (2007) Ethical difficulties in clinical practice: Experiences of European doctors. *Journal of Medical Ethics*, **33**, 51–57.
7. DuVal, G., Clarridge, B., Gensler, G. and Danis, M. (2004) A National Survey of U.S. Internists' Experience with Ethical Dilemmas and Ethics Consultation. *Journal of general internal medicine*, **19**, 251–258.
8. Sorta-Bilajac, I., Bazdaric, K., Brozovic, B. and Agich, G.J. (2008) Croatian physicians' and nurses' experience with ethical issues in clinical practice. *Journal of Medical Ethics*, **34**, 450–455.
9. Dwyer, J. and Faber-Langendoen, K. (2017) Speaking Up: An Ethical Action Exercise. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, November 2017: 10.1097/ACM.0000000000002047.
10. Caldicott, C. V. and Faber-Langendoen, K. (2005) Deception, discrimination, and fear of reprisal: Lessons in ethics from third-year medical students. *Academic Medicine*, **80**, 866–873.

11. Rees, C.E., Monrouxe, L. V. and McDonald, L.A. (2013) Narrative, emotion and action: analysing 'most memorable' professionalism dilemmas. *Medical education*, **47**, 80–96.
12. Kelly, E. and Nisker, J. (2009) Increasing bioethics education in preclinical medical curricula: What ethical dilemmas do clinical clerks experience? *Academic Medicine*, **84**, 498–504.
13. Kitchener, K.S. (1984) Intuition, Critical Evaluation and Ethical Principles: The Foundation for Ethical Decisions in Counseling Psychology. *The Counseling Psychologist*, **12**, 43–55.
14. Jones, T.M. (1991) Ethical Decision Making by Individuals in Organizations : An. *The Academy of Management Review*, **16**, 366–395.
15. Braunack-Mayer, A. (2005) What makes a good GP? An empirical perspective on virtue in general practice. *Journal of Medical Ethics*, **31**, 82–87.
16. Monrouxe, L. V., Rees, C.E., Dennis, I. and Wells, S.E. (2015) Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student: Insights from two online UK-wide questionnaire studies. *BMJ Open*, **5**.
17. Monrouxe, L. V. and Rees, C.E. (2012) 'It's just a clash of cultures': Emotional talk within medical students' narratives of professionalism dilemmas. *Advances in Health Sciences Education*, **17**, 671–701.
18. Osborne, L.W. and Martin, C.M. (1989) The importance of listening to medical students' experiences when teaching them medical ethics. *Journal of medical ethics*, **15**, 35–38. <http://jme.bmj.com/content/medethics/15/1/35.full.pdf> (26 April 2018).
19. Newell, P., Harris, S., Aufses, A. and Ellozy, S. (2008) Student Perceptions of Medical Errors: Incorporating an Explicit Professionalism Curriculum in the Third-Year Surgery Clerkship. *Journal of Surgical Education*, **65**, 117–119.
20. Bissonette, R., O'Shea, R., Horwitz, M. and Routé, C. (1994) A data-generated basis for medical ethics education: categorizing issues experienced by students during clinical training. *Academic Medicine*, 1994.
21. Karnieli-Miller, O., Vu, T.R., Holtman, M.C., Clyman, S.G. and Inui, T.S. (2010) Medical students' professionalism narratives: a window on the informal and hidden

- curriculum. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, **85**, 124–133.
22. Wright, S.M., Kern, D.E., Kolodner, K., Howard, D.M. and Brancati, F.L. (1998) Attributes of Excellent Attending-Physician Role Models. *New England Journal of Medicine*, **339**, 1986–1993.
 23. Suárez Obando, F. and Díaz Amado, E. (2007) La Formación Ética De Los Estudiantes De Medicina: La Brecha Entre El Currículo Formal Y El Currículo Oculto. *Acta Bioethica*, **13**, 107–113.
 24. Bentwich, M.E. and Bokek-Cohen, Y. (2017) Process factors facilitating and inhibiting medical ethics teaching in small groups. *Journal of Medical Ethics*, **43**, 771–777.
 25. Hunger, I. (2013) Some Personal Notes on Role Plays as an Excellent Teaching Tool. *Science and Engineering Ethics*, **19**, 1529–1531. <http://link.springer.com/10.1007/s11948-013-9477-9>.
 26. Perkins, H.S., Geppert, C.M. and Hazuda, H.P. (2000) Challenges in teaching ethics in medical schools. *The American journal of the medical sciences*, **319**, 273–8.
 27. Hafferty, F.W. and Franks, R. (1994) The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, **69**, 861–71. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7945681> (26 April 2018).
 28. House, J.B., Theyyunni, N., Barnosky, A.R., Fuhrel-Forbis, A., Seeyave, D.M., Ambs, D., et al. (2015) Understanding ethical dilemmas in the emergency department: Views from medical students' essays. *Journal of Emergency Medicine*, **48**, 492–498.
 29. Kaldjian, L.C. (2010) Teaching practical wisdom in medicine through clinical judgement, goals of care, and ethical reasoning. *Journal of Medical Ethics*, **36**, 558–562. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20817821> (26 April 2018).
 30. Goldie, J., Schwartz, L., McConnachie, A. and Morrison, J. (2004) The impact of a modern medical curriculum on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Medical education*, **38**, 942–9.
 31. Smith, S., Fryer-Edwards, K., Diekema, D.S. and Braddock, C.H. (2004) Finding

effective strategies for teaching ethics: a comparison trial of two interventions. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, **79**, 265–71.

32. Branch, W.T. (2000) Supporting the moral development of medical students. *Journal of General Internal Medicine*, **15**, 503–508.
33. Terndrup, C. (2013) A Student's Perspective on Medical Ethics Education. *Journal of Religion and Health*, **52**, 1073–1078.